様式１－①　　神戸中央病院　ＦＡＸ（０７８）５９５－２７２７

紹介元医療機関用

内科								小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	精神科	脳神経外科	放射線科	歯科口腔外科	緩和ケア科	婦人科	科	受診科に○をつけてください。
総合	循環器内	呼吸器内	消化器内	血液・免疫	腎・透析	糖尿病	脳神経内															

診療情報提供書（紹介状）

年　月　日

独立行政法人地域医療機能推進機構
神戸中央病院 御中

先生御侍史

名称
住所 〒
医師名　　印
☎（　　）　－
FAX（　　）　－

患者	(フリガナ) 氏名		男 女	神戸中央病院受診歴 1 有　2 無
	生年月日	大・昭・平・令　年　月　日生（　歳）	職業	
	住所	〒 ☎自宅（　）　－　☎連絡先（　）　－		

主保険	保険者番号	記号	番号	1．本人 2．家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別 老・乳・（　）	有 無

診断名	
紹介目的	1 診療 2 検査　1）検査名　（　単純 ・ 造影） 　　2）画像提供　CD－ROM　要・不要 3 入院　1）一般病床　2）開放型病床　①総室　②個室
外来予約希望月日・曜日	第1（　月　日　曜日）　第2（　月　日　曜日）
入院予約希望月日・曜日	年　月　日　曜日　至急・空床待ち

①主訴　②家族歴　③現病歴　④現象　⑤検査所見　⑥治療経過　⑦現在の処方　⑧その他

当日持参資料有り ： 採血 ・ 心電図 ・ 画像 ・ その他（　）

薬物禁忌　無・有（　）　感染症　無・有（　）

備考　１．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。　２．２枚複写になります。